

ESTUDIO DE OPINIÓN SOBRE PRIORIDADES EN SALUD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

C. Carbonell / Encarca Gascón / Andreu Nolasco / C. Alvarez-Dardet

Departamento de Salud Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante

Resumen

En este trabajo hemos empleado un método cualitativo basado en el análisis Delphi, para estudiar las 10 prioridades sanitarias en los próximos cinco años en la Comunidad Valenciana. Se realizaron dos encuestas consecutivas por correo, a un total de 1834 individuos, integrados por concejales de sanidad, enfermeras y médicos de las 3 provincias de la Comunidad, por considerarlos conocedores de las prioridades sanitarias de esta región. La tasa de respuesta final fue de 28,3%.

Las prioridades percibidas como más importantes por los participantes en nuestro estudio han sido la potenciación de la atención primaria en primer lugar, seguida de la mejora de la gestión sanitaria y el desarrollo de la medicina preventiva. En cuarto y quinto puesto aparece una mejora de los servicios de urgencia, sobre todo a nivel extrahospitalario y un aumento de recursos destinados a la asistencia hospitalaria. En 6.º y 7.º lugar se plantean actividades preventivas en enfermedades cardiovasculares y en drogodependencias. En 8.º lugar atención especial a niños y ancianos y las dos últimas prioridades acciones sobre el medio ambiente y las enfermedades infecciosas. Consideramos que este tipo de técnicas nos proporcionan una información adicional y complementaria a la proveniente de los indicadores sanitarios clásicos y las encuestas de salud, principalmente en lo que se refiere a procesos de gestión sanitaria, prevención de enfermedades y la atención a grupos especiales.

Palabras clave: Método Delphi. Planificación sanitaria. Métodos de consenso

STUDY OF OPINION ON HEALTH PRIORITIES IN THE COMMUNITY OF VALENCIA

Summary

In this study we have used a qualitative approach partially based on the Delphi technique to establish the ten priorities for health in the Valencian Community for the next five years. Two rounds of mail surveys were made sending questionnaires to 1834 people including Health Councillors of the Town Halls, nurses and doctors of the three valencian provinces. The overall response rate was 28.3%.

The priorities which were perceived as most important by the respondents were the development of primary care, improvements in the management of health services and the development of preventive medicine. The fourth and fifth places of the ranking were: improvements of emergency services and increasing the budget devoted to hospital care. The 6th priority was preventive measures in cardiovascular diseases, the 7th actions against drug abuse, the 8th special attention to childhood and ageing populations and the last two priorities were protection of the environment and infectious diseases prevention.

We consider this approach as useful to obtain additional valuable information complementary to the information obtained from traditional statistics or health surveys specially in the areas of management, diseases prevention and actions towards special groups of population.

Key words: Delphi method. Health planning. Consensus methods.

Introducción

El punto de partida de todo proceso de planificación sanitaria se encuentra en el estudio de los problemas y necesidades de salud de la comunidad donde se pretende aplicar¹. Para llegar a la identificación de las mismas, los métodos más frecuentes y clásicamente utilizados en nuestro país han sido los indicadores, obtenidos de datos secundarios o contruidos a partir de encuestas diseñadas específicamente para tal fin.

En los últimos años se están comenzando a emplear otros métodos que, proviniendo de las ciencias sociales resultan útiles para el estudio de necesidades o en la resolución de problemas en el campo de la salud. Tal es el caso de los métodos

de consenso²⁻⁶, cuyo principal propósito es definir niveles de acuerdo o desacuerdo sobre diferentes temas de interés. Se basan en una consulta a un grupo de expertos en un tema, realizada de una manera organizada y estructurada de acuerdo con ciertas normas y pasos sucesivos, al final de la cual se obtiene una información a utilizar como complemento de otros datos existentes. Asimismo posibilitan el verificar la pertinencia de la información recogida por otros métodos como los indicadores o las encuestas.

Uno de los métodos de consenso más utilizado es el método Delphi, en el que por medio de un cuestionario, generalmente postal, se consulta a un grupo de expertos. Una vez que contestan al primer envío, el grupo de trabajo que realiza el estudio analiza y resume todas las respuestas, diseñando pos-

Correspondencia: C. Alvarez-Dardet. Departamento de Salud Comunitaria. Campus de Sant Joan. Ap. de Correos 374. E-03080 ALICANTE

Este artículo fue recibido el 20 de enero de 1990 y fue aceptado, tras revisión, el 4 de febrero de 1991.

teriormente un nuevo cuestionario basándose en la información anterior. Con este sistema de interacción y retroalimentación controlada^{3, 7, 8}, los expertos tienen al menos una oportunidad más para reevaluar su opinión inicial a la luz de la respuesta conjunta del grupo. La retroalimentación se puede repetir en dos o más vueltas, hasta llegar a un consenso entre los participantes o hasta que no se produce variación de las respuestas obtenidas entre una vuelta y otra^{7, 9, 10}. Las ventajas del empleo de este método respecto a otros métodos de consenso es que se mantiene el anonimato de los participantes y elimina las posibles influencias interpersonales (factores psicológicos como son la persuasión, resistencia a abandonar opiniones expresadas públicamente, efecto de adherirse a la opinión de la mayoría, el efecto dominante por parte de personas influyentes, etc). Este procedimiento permite asimismo, a un relativo bajo coste económico, consultar a un importante número de expertos, con muy diferente localización geográfica, circunstancia que supondría problemas de desplazamiento en el caso de que se utilice otro método de consenso.¹¹⁻¹⁴

Tomando como base esta técnica nos propusimos conocer cuáles eran las percepciones sobre las 10 prioridades en salud en la Comunidad Valenciana para el período 1987-1992, consultando para ello a los profesionales sanitarios con alto nivel de responsabilidad y a los concejales de sanidad de las tres provincias de la Comunidad.

Otros objetivos del estudio han sido la construcción de un banco de datos extenso sobre opiniones en materia de prioridades sanitarias en nuestra Comunidad, que pudiera servir como fuente de consulta adicional para políticos y planificadores y favorecer la participación de los grupos encuestados en la toma de decisiones sobre política sanitaria.

Material y métodos

Descripción de la encuesta

Nuestro trabajo se desarrolló durante el período comprendido entre noviembre de 1986 y enero de 1988. Se llevó a cabo mediante una encuesta remitida a 1834 participantes de las tres provincias de la Comunidad Valenciana y de diferentes grupos profesionales (tabla 1). La condición de inclusión en nuestro estudio fue determinada por ocupar un puesto de trabajo en áreas de responsabilidad dentro de los servicios sanitarios (Jefes de Sección y Servicio, Enfermeras Supervisoras). También incluimos a los concejales de Sanidad por considerarles los representantes políticos con responsabilidad en materia de salud que se encuentran en el escalón administrativo más cercano a la población. La encuesta constaba de la siguiente pregunta abierta: «¿Qué problemas considera prioritarios en la actualidad y a corto plazo (5 años), en relación con la salud y/o la asistencia sanitaria de los ciudadanos de la comunidad valenciana, tanto desde un punto de vista individual como colectivo?». A los encuestados se les pedía que respondieran un máximo de cinco prioridades siguiendo un orden decreciente de importancia.

Primera etapa

A cada uno de los participantes se les remitió además de una encuesta, una carta de las autoridades sanitarias apoyando nuestro proyecto, una carta del director del estudio explicando el motivo de nuestra investigación y la metodología que estábamos siguiendo y también un sobre franqueado. Transcurrido un plazo que osciló entre 2 y 3 meses remitimos de nuevo la encuesta a todos aquellos que no habían contestado a nuestra primera carta. Asimismo, en caso de no respuesta, realizamos un tercer contacto a través de una llamada telefónica a su domicilio particular o a su lugar de trabajo.

a) Clasificación de las respuestas:

Para clasificar las respuestas se procedió al diseño de una clasificación «ad hoc» para el análisis y recuento de las diferentes respuestas, teniendo en cuenta las respuestas de la prueba piloto, y se fue completando con las remitidas por los integrantes del estudio.

Cada encuesta debía ser contestada enunciando cinco prioridades sanitarias, con el orden de importancia que cada participante les otorgara. De las 1.834 personas seleccionadas contestaron a esta primera encuesta 846 (46%), lo que supuso un máximo teórico de 4.230 prioridades.

Dada la igualdad de las respuestas o las expresiones equivalentes se elaboró un listado de 197 prioridades distintas entre sí. Con muchas de ellas se referían a un mismo tema estas 197 prioridades se quedaron agrupadas en 26 grandes ítems que denominamos ITEMS GLOBALES. (Los autores ponen la clasificación a disposición de los interesados.)

Previamente a la clasificación definitiva de las prioridades se midió la concordancia entre dos clasificadoras (C.C. y E.G.) utilizando las 50 primeras encuestas que recibimos y procediendo a su clasificación, de manera independiente y ciega, obteniéndose un índice Kappa¹⁵ de 0,78.

b) Cuantificación de la respuesta:

Tras clasificar todas las opiniones pasamos a darles una puntuación de 5 a 1, según el puesto que ocupaban en la encuesta que nos habían remitido. Posteriormente se contabilizaron las prioridades más votadas por grandes epígrafes. Una vez obtenido el orden de las prioridades genéricas con más votos se pasó a analizar los subíndices de cada una de ellas.

A continuación y mediante un ejemplo concreto se describe el proceso de construcción de la frase que expresa íntegramente cada una de las prioridades percibidas. En la clasificación utilizada el ítem correspondiente a la Atención Primaria se subdivide en: desmasificación, jerarquización, coordinación de los hospitales, potenciación de la medicina rural, planificación familiar, asistencia domiciliar, generalización de los Centros de Salud, aumento de los recursos humanos, aumento de los recursos económicos.

De la cuantificación de los votos otorgados a cada uno de los subíndices de este ítem se obtuvo el siguiente resultado:

Desmasificación	678
Jerarquización	61
Coordinación con los hospitales	197
Potenciación de la medicina rural	39
Planificación familiar	31
Asistencia familiar	22
Generalización de los Centros de Salud	232
Aumento de los recursos	422
	1.682

Con los subíndices más votados en cada uno de los ítems se enunciaron las prioridades siendo, en el ejemplo que nos ocupa la siguiente: «Potenciación de la atención Primaria para conseguir su desmasificación, mejorando su dotación y recursos humanos y aumentando la coordinación con los hospitales».

Segunda etapa

La segunda etapa se llevó a cabo remitiendo a cada uno de los 846 expertos que habían contestado en la primera el listado de las prioridades que habían quedado en los 10 primeros lugares. Se pedía a los participantes que dieran una puntuación de 10 a 1 a cada uno de los ítems de la lista de prioridades, de tal manera que establecieran un orden decreciente desde diez hasta uno. Al igual que en la primera etapa se les remitió una carta describiéndoles el proceso a seguir, y un sobre franqueado. Transcurrido un tiempo de tres meses se obtuvieron 519 respuestas (61,3%). La fase global de respuesta, para todo el estudio, fue de 28,3% (tabla 1).

Resultados

Tras contabilizar todas las respuestas recibidas según hemos descrito previamente se obtuvo el siguiente orden de prioridades:

1. Potenciación de la Atención Primaria para conseguir su desmasificación, mejorando su dotación y recursos humanos y aumentando la coordinación con los hospitales 3.719 puntos.
2. Mejora de la Gestión Sanitaria profundizando la reforma sanitaria, aumentando la calidad de la asistencia y aumentando los recursos asignados a la salud 3.527 puntos
3. Desarrollo de la Medicina Preventiva, especialmente de la Educación para la Salud 3.057 puntos

Tabla 1. Tasa de respuesta según grupos profesionales y provincias

	Contactados	Respuesta 1.ª vuelta	Respuesta 2.ª vuelta
Médicos de A. Hospitalaria	532	48,86%	
Médicos de A. Primaria	735	48,40%	
Enfermeras de A. Hospitalaria	284	33,80%	
Enfermeras de A. Primaria	115	29,90%	
Concejales	168	36,30%	
Castellón	224	63,83%	42,38%
Valencia	1.040	41,44%	22,58%
Alicante	570	47,71%	28,05%

4. Mejora de los servicios de urgencias a través de un aumento de recursos, principalmente a nivel extrahospitalario 2.517 puntos
5. Aumento de los recursos destinados a la Asistencia Hospitalaria 2.283 puntos
6. Actividades preventivas enfocadas a las enfermedades Cardiovasculares 2.206 puntos
7. Problemas de Salud Mental, fundamentalmente los derivados de las drogodependencias 2.034 puntos
8. Atención especial a ciertos grupos de edad como los niños y los ancianos 2.012 puntos
9. Actuación sobre el medio ambiente con especial referencia a los contaminantes de las aguas 1.947 puntos
10. Enfermedades Infecciosas, especialmente el SIDA, las toxiinfecciones alimentarias y las enfermedades de transmisión sexual 1.893 puntos

Por lo que se refiere a las diferencias en las prioridades entre los distintos grupos encuestados en la primera vuelta, puede verse como con respecto a las tres primeras prioridades existe gran nivel de acuerdo entre todos los grupos, estableciéndose las diferencias especialmente a partir de la cuarta prioridad. Destaca que la «promoción de la Salud» sólo se considera por las enfermedades tanto hospitalarias como de atención primaria y que la «política intersectorial» y «la salud laboral» sólo son consideradas por los Concejales. Por su lado los médicos hospitalarios son los únicos que consideran el cáncer entre las primeras diez prioridades (tabla 2).

Discusión

La baja tasa de respuesta obtenida en nuestro estudio fue en parte debida a que durante su realización se desarrolló una

Tabla 2. Orden de las prioridades en la primera etapa según tipo de profesionales y nivel de asistencia*

	Médicos		Enfermeras		Concejales
	Hosp.	At. Prim.	Hosp.	At. Prim.	
Gestión sanitaria	1	2	1	1	1
Atención primaria	2	1	2	2	2
Medicina preventiva	4	3	3	3	3
Asist. hospitalaria	3	5	4	7	5
Salud mental	5	4	5	4	7
Medio ambiente	7	6	—	5	4
Enf. cardiovasc.	8	8	—	8	—
Enf. infecciosas	9	7	10	—	—
Servicios urgencias	6	9	8	—	8
Grupos especiales	—	10	6/7	9/10	9
Cáncer	10	—	—	—	—
Promoción de la salud	—	—	9	6	—
Política intersectorial	—	—	—	—	6
Salud laboral	—	—	—	—	10

* Las celdillas en blanco indican que para este grupo, esa prioridad no estaba entre las 10 primeras.

huelga médica, una huelga de Correos y también coincidió con las inundaciones ocurridas en varios municipios donde residían algunos de nuestros encuestados.

Al plantear el estudio de necesidades sanitarias mediante el método Delphi, algunos investigadores realizan primero un contacto previo con los posibles participantes elegidos para conocer si están dispuestos o no a participar en el estudio¹⁶. Otros, como en nuestro caso, no lo realizamos, obteniéndose lógicamente, una menor tasa de respuesta.

Cuando comparamos la tasa de respuesta en cada una de las tres provincias se observa un mayor porcentaje en Castellón, tanto en la primera como en la segunda vuelta. Este hecho puede deberse a una mayor motivación entre los expertos consultados ya que esta provincia es más deficitaria en recursos sanitarios que Valencia o Alicante. Asimismo, pudo influir el hecho de que los listados remitidos por la Dirección Provincial del Insalud en esta provincia estaban más actualizados y completos.

Al intentar contrastar nuestros resultados con los de otros estudios semejantes realizados en nuestro país nos hemos encontrado, tras una exhaustiva revisión bibliográfica, que no existe ningún estudio Delphi aplicado a priorización en las ciencias de la salud.

Existen diversos antecedentes de aplicación de esta metodología al identificación de prioridades relacionados con la salud. Entre ellos cabe destacar el estudio realizado en 1970 en la Universidad de Washington¹⁶. Los resultados referidos en este estudio son similares a los obtenidos por nosotros ya que en ambos las prioridades relativas al área de gestión sanitaria (aumento desproporcionado del costo de los servicios de salud, desorganización de los servicios sanitarios, dificultad de acceso a los servicios de salud ya sea por dificultades económicas o geográficas); educación para la salud; la falta de medidas preventivas y servicios de atención primaria, y las enfermedades debidas a la contaminación del medio ambiente ocuparon los primeros lugares. La ausencia de entidades

nosológicas definidas, que si aparecen en nuestro estudio, podría deberse a que los expertos consultados en este trabajo provienen principalmente de la administración sanitaria.

Otro estudio de interés es el realizado en 1980, en el Departamento de Medicina Comunitaria del Hospital de St. Thomas de Londres¹⁷. El objetivo de este trabajo fue determinar la asignación prioritaria del presupuesto de Salud a cada uno de los grupos en que están subdivididos los servicios de salud en el estado de Kent, ordenándose de la siguiente forma: Asistencia Hospitalaria, Servicios de Salud Comunitaria, Salud Maternal, Salud Infantil, Enfermedades Mentales, Disminuidos Psíquicos y Servicios dedicados a la Tercera Edad y los Disminuidos Físicos.

Finalmente cabe citar el estudio realizado en Colombia en 1982¹⁸ en el que las prioridades sanitarias elegidas fueron: gastroenteritis, infecciones respiratorias, anemias, parasitosis e hipertensión arterial, sin que se mencionen los aspectos relacionados con las medidas preventivas.

Es llamativo el hecho de que a pesar de que una gran parte de los expertos consultados son médicos y enfermeras en los que, hoy por hoy, existe una visión biologicista de los problemas de salud de una manera predominante, no han planteado entre las primeras prioridades las entidades nosológicas, apareciendo la primera de ellas, actividades preventivas enfocadas a las Enfermedades Cardiovasculares, en 6.º lugar. Al mismo tiempo, aunque entre los participantes de nuestro estudio hay un mayor número que desarrollan su trabajo en el medio hospitalario, la prioridad planteada en primer lugar ha sido la potenciación de la Atención Primaria y en tercer lugar el desarrollo de la Medicina Preventiva, especialmente en la Educación para la Salud.

Sin embargo, no ha sido propuesta como prioridad la necesidad de disminuir las desigualdades en salud existentes entre distintos grupos de población, lo que refleja que por el momento no está suficientemente introducida ni asumida la visión social de los problemas de salud.

Agradecimiento

A todos los concejales de Sanidad, enfermeras y médicos que han participado en este estudio, sin cuya colaboración no habría sido posible realizarlo.

Bibliografía

- 1 Pineault R, La Planificación Sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias, Barcelona. Ed. Masson, 1987; 1-38.
- 2 Levine A, A model for health projections using knowledgeable informants. *World Health Stat Q* 1984; 37: 316-7.
- 3 Sackman H, Delphi assessment: expert opinion, forecasting and group process. Rand Corporation. *Santa Mónica*. Informe R-1283-PR, 1974: 3-67.
- 4 DeGroot MH. Reaching a consensus. *J Am Stat Ass*, 1974; 69-345: 118-21.
- 5 Pill J. The Delphi method: substance, context, a critique and annotated bibliography. *Socio. Econ. Plan. Sci.* 1972; 5: 57-71.
- 6 Anónimo. Consensus Statements. *N Eng J Med* 1981; 304-11: 665-6.
- 7 Press SJ. Qualitative controlled feedback for forming group judgements and making decisions. *J Am Stat Ass* 1978; 73-363: 526-35.
- 8 Rosen HM, Feiguin W. Quality assurance and data feedback. *HCM Review* 1983; invierno: 67-74.
- 9 Slanick JR. Assimilation of aggregated inputs into Delphi forecast: a regression analysis. *Tech Forecasting Social Change*, 1973; 5:243-7.
- 10 Dalkey N, Brown B, Cohran S, The Delphi method lv: effect of percentile feed-

back and feed-in of relevant facts. Rand Corporation. *Santa Mónica*. Informe RM-6118-PR, 1970: 17-29.

- 11 Jolson MA, Rossow GL. The Delphi process in marketing decision making. *J Marketing Research*, 1991; VIII: 443-8.
- 12 Redoña Couper M, The Delphi Technique: Characteristics and sequence model. *Advances in Nursing Science* 1984; octubre: 72-7.
- 13 Turoff M The Design of a policy Delphi. *Tech Forecasting Social Change*, 1970; 2: 149-71.
- 14 Turoff M, Delphi and its potential impact on information systems. Ponencia en la Fall Joint Computer Conference 1971; Washington 317-26.
- 15 Fleiss JL, Statistical methods for rates and proportions. John Wiley and Sons. Nueva York, 1981: 212-36.
- 16 Moscovice I, Armstrong P, Shortell S. Health services research for decision makers: the use of the Delphi technique to determine health priorities. *Journal of health Politics, Policy and Law*, 1977; 2-4: 388-410.
- 17 Charlton JRW, Patrick DL. Spending priorities in Kent a Delphi study. *J Epidemiol Comm Health*, 1981; 35: 288-92.
- 18 Gonzalez BE, Gonzalez LE, Levine A, Crash Manpower Planning. *World Health Forum*, 1983; 4: 374-7.